Révision 27/11/2024

ITEM 366 : EXPOSITION ACCIDENTELLE AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES

Accident d'exposition accidentelle aux liquides biologiques (EALB) = toute situation exposant une personne aux liquides biologiques d'un autre individu (sang, sécrétions sexuelles ou non sexuelles – selles, urine, expectorations).
- Risque de transmission virale VIH, VHB et/ou VHC, d'origine sanguine ou sexuelle.
Origine sanguine : non-respect des **précautions standards d'hygiène.**
- **Professionnel** = exposition au sang ou à un liquide biologique contaminant : piqûre avec une aiguille, coupure avec un objet tranchant, projection sur une plaie, une peau lésée ou une muqueuse…
- **Non professionnelle** : **relation sexuelle, pratique d'injection de drogues**…
Origine sexuelle : **non usage d'un préservatif ou son dysfonctionnement.**
- Rapport consenti, ou dans le cadre d'un viol/agression sexuelle.

ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG (AES)

= **AES** : dû dans 50 % de cas au non-respect des précautions standards en hygiène (port de gant pour les gestes à risques, ne pas recapuchonner les aiguilles, jeter immédiatement les objets piquants ou tranchants dans un conteneur, etc.)
➝Diminution de leur fréquence à l'hôpital par mise à disposition de **matériels sécurisés.**
- Risque d'autant plus grand que l'exposition est profonde et le matériel souillé.
- **VIH** : taux de séroconversion après exposition percutanée au sang d'une personne infectée = **0,3 %** (lorsque la personne source n'est pas sous traitement antirétroviral), avec un risque maximal en cas de blessure profonde par une aiguille creuse contenant du sang.
➝ **Risque presque nul en cas de prophylaxie par traitement antirétroviral post-exposition bien conduit.**
- **VHC** : taux de transmission après exposition percutanée = **< 3 %.**
➝ Pratiques de prise de drogue collectives : risque lié au **partage du matériel d'administration** du produit (aiguilles seringues, pailles, cotons, cuillers, etc.)
- **VHB** : taux de transmission après exposition percutanée si sujet non immunisé = jusqu'à 4**0 %** si le patient source est Ag HBe+ et virémique, prévenu par la **vaccination obligatoire** des professionnels de santé.

CAT IMMEDIATE

- Nécessité d'un **protocole de prise en charge** dans chaque unité de soins : *abord et entretien avec la victime, prélèvements nécessaires à court terme, modalités pratiques de traitement, modalités de surveillance.*

Soins immédiats	= **Nettoyage de la plaie.** - **Arrêt immédiat** du travail en cours (en assurant la continuité des soins). - **Blessure/piqûre** : Ne pas faire saigner (risque de brèche capillaire favorisant l'infection). **Nettoyage immédiat** à l'eau courante et au savon (détersion, élimination des matières organiques apportées par l'accident), **sans utiliser de produit hydroalcoolique.** **Rinçage.** **Antisepsie** pendant au moins **5 minutes** : **Javel** 2,5 %, **chlore actif dilué** au 1/5^{e} ou 1/10^{e}, **solution de Dakin**, ou à défaut **alcool** à 70°, **polyvidone iodée.** - **Projection muqueuse** (conjonctive, etc.) : rinçage immédiat abondant **sérum physiologique** (≥ 5 min).
Mesures associées	- Contacter le **médecin référent AES** (ou urgentiste à défaut). - En cas d'accident de travail (majorité) : **déclaration d'accident de travail** obligatoire dans les 48 h. - Rédaction d'un **certificat médical initial** décrivant la blessure et notifiant expressément qu'il s'agit d'un **accident avec risque de séroconversion virale** (VIH, hépatites) nécessitant un suivi sérologique prolongé de 3 à 4 mois.
Patient exposé - Victime	- Statut sérologique initial **(< 7 jours**) pour attester de l'absence d'infection initiale au moment de l'accident : Bilan sérologique **adapté au statut de la personne-source.**
Statut sérologique du patient source	= **Systématique** (hors refus exprès du patient), le plus rapidement possible, après information orale ➝ Si le statut sérologique du patient source n'est pas connu, et après son accord (ou en cas d'impossibilité de donner son accord), réalisation en urgence : - **Sérologie VIH**, avec charge virale si positive (+/- génotypes de résistance aux ARV). - **Sérologie VHC**, avec charge virale (ARN VHC) si positive. - **Ag HBs** avec charge virale (ADN VHB) si positive : seulement si la victime n'est pas immunisée contre l'hépatite B (immunité post-vaccinale prouvée par un titre d'Ac anti-HBs > 10 UI/L au moment de l'accident ou antériorité > 100 UI/L). ➝ **Tests rapides** de préférence + **résultats urgents** (= prévenir le laboratoire).

Révision 27/11/2024

GESTION DU RISQUE VIH

= **Traitement antirétroviral post-exposition (TPE).**
➝ Jamais indiqué en cas de patient source séronégatif VIH.

Décision

- En urgence, au mieux **≤ 4 h** suivant l'accident, au plus tard jusqu'à **48 h** après.
- Par un médecin référent VIH si possible, à défaut par un médecin urgentiste.
- TPE inutile à > 48 h après l'accident (inefficace avec risque iatrogène inutile).
- Indication fonction du **statut de la source vis-à-vis du VIH** et du **type d'exposition** de la victime.
- La victime peut refuser le TPE.
- Information de la victime (bénéfices/risques/surveillance) + remise de documents d'informations et consignes :
  - Rapports protégés par contraception mécanique/préservatifs : jusqu'à obtention sérologie VIH (6 semaines après exposition si Ø TPE, 12 semaines si TPE).
  - Éviction du don du sang.
  - Conseils de prévention.

Modalités

- Si patient source VIH connu : choix au cas par cas (recours au médecin référent), selon la charge virale, les traitements actuels et antérieurs et le génotype de résistance éventuel.
- Début rapide avec un « **kit d'urgence** » (1re **96** h de traitement), puis prise en pharmacie.
- Durée = **28 jours.**

Mesures associées

- En cas de traitement débuté hors centre de référence (aux urgences) : **consultation** avant la fin du « kit d'urgence » avec un médecin VIH référent pour confirmer le traitement et organiser le suivi biologique de la tolérance (créatinine, transaminases) et de l'efficacité du TPE.

Suivi

En l'absence de TPE	- **Sérologie VIH** à 6 semaines et à 3 mois (réglementaire). ➝ Une sérologie négative à 6 semaines rend très peu probable l'infection.
En cas de TPE	= Infection exceptionnelle sous TPE, d'apparition retardée. - **Sérologie VIH** à 6 semaines et à 3 mois.

Indication

Exposition	Patient source : VIH + / CV détectable	Patient source : VIH + / CV indétectable	Patient source : Sérologie inconnue
Important = piqûre profonde, aiguille creuse, intravasculaire (artérielle ou veineuse).	**TPE**	Pas de TPE	**TPE**
Intermédiaire - Coupure au bistouri. - Piqûre avec aiguille IM ou SC, ou aiguille pleine. - Exposition cutanéo-muqueuse (tps de contact > 15 min).	**TPE**	Pas de TPE	Pas de TPE
Faible - Autres cas. - Seringue abandonnée. - Morsures, crachats, griffures.	Pas de TPE		

GESTION DES RISQUES D'HEPATITE VIRALE

Gestion du risque VHC

- Pas de prophylaxie vis-à-vis du risque VHC.
- En cas **d'infection aiguë post-exposition** (séroconversion ou PCR positive) : traitement antiviral efficace.
- Si patient source infecté par le VHC (PCR VHC positive) : **suivi clinique** (hépatite) et **biologique** : à 6 semaines (**transaminases, sérologie VHC, PCR VHC**) et à 3 mois (**sérologie VHC**).

Gestion du risque VHB

- Risque nul chez la victime vaccinée répondeuse (**Ac anti-HBs > 10 UI/L au moment de l'accident** ou avec **Ac anti-HBs > 100 UI/L lors d'un contrôle antérieur**) : obligation vaccinale de l'ensemble du personnels soignants (y compris administratifs et de laboratoire).
- En cas de réponse vaccinale inconnue : **dosage du titre Ac anti-HBs.**
- **Sérovaccination** : chez les personnes non vaccinées ou non répondeuses (Ac anti-HBs < 10 UI/L).
- En cas de traitement antirétroviral post-exposition associé : privilégier un traitement efficace sur le VHB (association **emtricitabine-ténofovir**).
- Immunoglobulines anti-HBs (dose de 500 UI) : nécessité d'une **surveillance** car risque de **réaction d'hypersensibilité.**
- Suivi : **dosage des transaminases** et **marqueurs VHB** (Ag HBs, Ac HBc, Ac HBs) à 3 mois.

Révision 27/11/2024

		Personne exposée	**Statut VHB (Ag HBs) personne source**	
			Positif	**Inconnu**
		Vacciné répondeur (Ac anti-HBs > 10 mUI/ml ou > 100 mUI/mL dans les antécédents).	Rien	Rien
		Vacciné non répondeur (Ac anti-HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc ni anti-HBs > 100 mUI/mL dans le passé).	Immunoglobulines*	Rien**
		Non vacciné.	Immunoglobulines* + vaccin	Vaccin**
		**Administration d'immunoglobulines non nécessaire si absence de virémie VHB chez la personne source et utilisation de ténofovir en TPE VIH.* **Administration d'immunoglobulines légitime en l'absence d'utilisation de ténofovir en TPE si personne-source originaire de haute (Afrique subsaharienne, Asie) ou moyenne (Outre-mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien, Amérique du Sud) endémique pour le VHB et/ou HSH et/ou partenaires multiples et/ou toxicomane IV.*		
PREVENTION	**5 grands principes**	- Respecter les **précautions standards d'hygiène/Protections si gestes à risque** (gants, lunettes). - Utiliser les **dispositifs médicaux de sécurité** mis à disposition. **- Respecter les bonnes pratiques** lors de toute manipulation d'instruments piquants ou coupants souillés : ne pas recapuchonner une aiguille, ne pas désadapter à la main les aiguilles des seringues ou des systèmes de prélèvement sous-vide, jeter immédiatement sans manipulation les aiguilles/instruments piquants ou coupants dans un conteneur adapté . **- Formation et information** des professionnels. **- Vaccination anti-VHB** des professionnels de santé.		

EXPOSITION AUX SÉCRÉTIONS SEXUELLES

- **VIH** : - Taux de séroconversion = de **1 %** (rapport anal réceptif) à **0,1 %** (rapport vaginal insertif).
  - Infectiosité liée à la quantité de virus dans les sécrétions génitales et anales (corrélée à la **charge virale** sanguine).
  - Majoré en cas de lésions muqueuses associées, surtout par IST, menstruations ou tout saignement au cours des rapports sexuels ➙ risque maximal en cas d'agressions sexuelles.
  - Diminué de moitié par la circoncision (kératinisation de la muqueuse du gland).
  - Quasi-nul en cas de relation vaginale non traumatique sous traitement antirétroviral avec CV indétectable depuis plus de 6 mois et sans IST active.
- **VHB** : taux de séroconversion = **30-50 %** (si personne exposée non vaccinée).
- **VHC** : risque significatif seulement en cas de relation sexuelle traumatique (saignement, viol).

ACCUEIL

- Recours au soin généralement anxiogène : attitude excluant tout jugement, reproche ou stigmatisation.
- Déterminer l'heure et la nature du rapport à risque.
- Recherche de facteurs augmentant le risque de transmission : infection génitale, lésion génitale, ulcération, rapport anal (réceptif), rapport sexuel durant les règles, saignement au cours des rapports, partenaire appartenant à un groupe à risque.
- Détermination du statut VIH (+ charge virale si positive) de la personne source si possible.

GESTION DU RISQUE VIH

= **TPE** : modalités identiques à l'AES.
- Surveillance virologique (non réglementée) : *En l'absence de TPE : **sérologie VIH** à 6 semaines uniquement.
  *En cas de TPE : **sérologie VIH** à 6 semaines et 3 mois.
- En cas d'exposition chez une personne ayant des rapports non protégés avec des partenaires sexuels multiples, notamment HSH : dépistage du VIH fréquent (idéalement tous les 3 mois – détection précoce et traitement rapide d'une éventuelle primo-infection) + proposition de **prophylaxie antirétrovirale pré-exposition (PrEP).**

Indication	Exposition	Personne-source			
		VIH +		Sérologie inconnue	
		CV détectable	CV indétectable	Groupe à prévalence élevée*	Groupe à prévalence faible
	- Rapport anal (insertif ou réceptif). - Rapport vaginal (insertif ou réceptif). - Fellation réceptive avec éjaculation.	TPE	Pas de TPE	TPE	Pas de TPE
	- Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive.	Pas de TPE	Pas de TPE	Pas de TPE	Pas de TPE

		**HSH, multipartenaires, travailleurs(es) du sexe, originaires de région à prévalence de VIH > 1 % (Afrique subsaharienne, Caraïbes, Amérique du Sud, Asie), usagers de drogue injectable.*
AUTRES RISQUES	Gestion du risque VHC	= Si personne-source infectée par le VHC avec PCR positive : - **Surveillance clinique** (hépatite) et **biologique.**
	Gestion du risque VHB	= Sérovaccination et/ou vaccination : modalités et indications identiques à l'AES. - **Sérovaccination** si **non vacciné** ou **vacciné non répondeur** (Ac anti-HBs < 10 UI/ml). - **Vaccination** si non vacciné.
EXPOSITION SEXUELLE VIOLENTE (VIOL)	1re évaluation	= Évaluation **de l'agression.** - **Examen médico-légal** avec **prélèvements judiciaires** en vue d'identifier l'agresseur. - Chaque fois que possible par un **médecin légiste**, sur réquisition après dépôt de plainte.
	2de évaluation	= Évaluation des **risques infectieux** et de **grossesse** : par le médecin légiste ou l'urgentiste, en concertation avec le médecin référent VIH. **- Date des dernières règles.** - Bilan sérologique initial : **syphilis, VIH, VHB, VHC + PCR Chlamydia et gonocoque.** - **Contraception d'urgence** (pilule du lendemain) : lévonorgestrel (1 cp). - Selon le risque infectieux : PPE/TPE, sérovaccination hépatite B. - Organisation du suivi sérologique. - En cas d'exposition sexuelle traumatique : surveillance clinique et biologique du risque VHC.